

которым по-прежнему превышает клинически значимый уровень в 25%. Однако значительно возросла резистентность *S. sonnei* к ампициллину (с 9,70% до 81,48%). Особенно тревожным является появление штаммов резистентных к цефалоспорином III - IV поколений и налидиксовой кислоте при сохраненной чувствительности к ципрофлоксацину.

Как показал анализ, *S. flexneri* сохраняла высокий уровень резистентности к ампициллину, доксициклину и котримоксазолу, превышающий 45%. Впервые зарегистрированы штаммы шигелл резистентные к цефотаксиму, что обусловлено продукцией бета-лактамаз расширенного спектра и ципрофлоксацину. Особую тревогу вызывает и появление единичных штаммов *S. flexneri*, проявляющих резистентность к ципрофлоксацину.

Таким образом, проведенные исследования показали, что уровень резистентности сальмонелл и шигелл является постоянно меняющейся величиной, требующей проведения мониторинга.

Препаратами выбора при лечении ОКИ остаются цефалоспорины III поколения, налидиксовая кислота, фторхинолоны. При отсутствии эффекта от проводи-

мой терапии ее коррекция должна проводится с учетом результатов определения чувствительности выделенного возбудителя к антибиотикам.

Литература:

1. Banmali, P. Epidemiology of notified campylobacteriosis in Western Australia / Banmali P, Fritschi L, Atrie // J. Nepal Med Coll J. - 2006. - N 8. - P. 31-35.
2. Johnnie Yates Traveler's diarrhea / Am. Fam. Physician. - 2005. - № 71. - P. 2107-2108.
3. Chalmers, R. M. Primary Care Surveillance for Acute Bloody Diarrhea, Wales / M. R. Chalmers, L. Roland Salmon // Emerging Infectious Diseases Journal. - 2000. - Vol. 6, N 4. - P. 21-24.
4. Этиотропная терапия острых кишечных инфекций у детей / А. А. Ключарева [и др.] // Здоровоохранение. - 2004. - № 7 - С. 45-53.
5. Дмитраченко, Т. И. Сальмонеллез, шигеллез: клинико-эпидемиологические и бактериологические критерии рациональной антибактериальной терапии: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.10 / Т. И. Дмитраченко; Витеб. гос. мед. университет. - Витебск, 2001. - 241 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Ляховская Н.В., Дмитраченко Т.И.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

В педиатрической практике заболеваемость ОКИ устойчиво занимает второе место после ОРВИ [1]. Несмотря на достигнутые успехи в изучении этих заболеваний этиология 70-80% случаев ОКИ остается не установленной [2]. Это во многом обусловлено значительной частотой вирусного происхождения диарей. По данным международной статистики свыше 50% ОКИ связывают с вирусным поражением [3, 4]. Вирусные ОКИ вызываются разнообразными вирусными агентами: ротавирусами, аденовирусами, кальцивирусами, астровирусами, торовирусами и другими, причем список вирусных агентов, вызывающих кишечные расстройства, постоянно растет [5].

Ротавирусная инфекция (РВИ) занимает особое место в структуре острых кишечных заболеваний. На сегодняшний день это самая массовая кишечная инфекция практически на всех территориях Земного Шара. По данным ВОЗ, заболеваемость в различных странах колеблется в очень широких пределах: от 250 до 3000 на 100 000 детей [6, 7, 8].

Немаловажной и актуальной для всех стран мира является проблема внутрибольничной инфекции (ВБИ) в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности, а также значительным социально-экономическим ущербом, причиняемым ими. В настоящее время особое значение придается внутрибольничной РВИ, являющейся самой частой причиной диарей, возникающих у детей в стационарах.

Целью нашего исследования явилось выявить осо-

бенности клинических проявлений и определить факторы риска в развитии внутрибольничной ротавирусной инфекции у детей.

Материал и методы. Клинические особенности течения ротавирусной инфекции у детей младшего возраста определялись посредством анализа течения заболевания у 49 больных, находившихся на лечении в Витебской областной инфекционной клинической больнице (ВОИКБ) в период с августа по ноябрь 2010. Этиология заболевания устанавливалась путем обнаружения антигенов ротавируса в копрофильтратах больных методом ИФА, а так же иммунохроматографическим экспресс-методом. Для иммуноферментного анализа использовали тест-системы производства ГУ "Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии", Минск. Для определения ротавирусов в клиническом образце фекалий использовали экспресс-тест "VIKIA Rota-Adeno" производства Biomerieux, Франция.

Для оценки течения заболевания применяли клинические и лабораторные методы. Кроме того, 18 больных, у которых эпидемиологически выявлялись признаки внутрибольничного инфицирования, были подвергнуты целенаправленному дополнительному клинико-эпидемиологическому исследованию.

Анализ материалов ВБИ проводился на основе признанных на международном уровне определений случаев:

1. Возникновение симптомов желудочно-кишечной дисфункции в срок не ранее, чем через 48 часов от мо-

мента госпитализации в соматическое отделение.

2. Наличие 2 и более эпизодов рвоты, 3 и более эпизодов диареи или одновременное обнаружение данных симптомов в течение 24 часов.

Результаты и обсуждение. Было проанализировано течение ротавирусной инфекции у 49 детей младшего возраста. Из них у 18 (36,7%) было выявлено внутрибольничное инфицирование.

Из 18 детей с внутрибольничной ротавирусной инфекцией в возрасте до 1 года было 44,4% (8 детей), в возрасте 1-2-х лет - 33,3% (6 детей), старше 2-х - 22,3% (4 ребёнка), во многом это объясняется большой частотой госпитализаций детей раннего возраста, что повышает риск инфицирования.

В возрастной же структуре детей с внебольничным инфицированием преобладали дети старше 2-х лет - 48,4% (15 детей), в возрасте до 1 года было 19,4% (6 детей), в возрасте 1-2-х лет - 29% (9 детей). Это может быть связано с тем, что инфицирование данной группы детей происходит в организованных коллективах.

В среднем дети с внебольничной РВИ находились в стационаре 4,6 дней против - 6,9 при внутрибольничной РВИ. При этом клиника диарейного заболевания развивалась у детей в среднем на 3-4 день от момента поступления в стационар. Причем заболевание в 89% случаев начиналось подостро.

Начальным симптомом при внутрибольничной РВИ в 66,6% случаев была рвота, при внебольничном инфицировании - в 81,2% случаев. Причем у 8 (44,4%) детей с внутрибольничной РВИ рвота продолжалась 3 дня и больше и носила волнообразный характер, в то время как при внебольничной РВИ длительность рвоты не превышала 2 дней у 20 (64,4%) детей.

В 100% случаев регистрировали диарею. В группе детей с ВБИ диарея в 98% случаев начиналась на 1 день заболевания и у 7 (38,8%) детей продолжалась 5-6 дней. При внебольничном заражении диарея у большинства детей начиналась к концу первых суток заболевания с продолжительностью 5-6 дней у 26,3% детей. Как в случаях РВИ с внебольничным инфицированием, так и при ВБИ, кишечный синдром в большинстве случаев протекал по типу гастроэнтерита (у 78,9% и 61,1% детей соответственно). Кратность стула в сравниваемых группах не имела достоверных различий и у большинства пациентов не превышала 5 раз в сутки. Показатель максимальной средней температуры тела в группе больных с ВБИ составил 38,7°C и 38,5°C в группе с внебольничным инфицированием соответственно. В 25,4% случаев при ВБИ появлению лихорадки предшествовало появление рвоты или диареи. Длительность лихорадки составила при ВБИ в среднем - 2,4 дня и 3,6 дня при внебольничной РВИ соответственно.

Катаральные явления были выявлены только у 4 (22%) больных ВБИ.

При внутрибольничной ротавирусной инфекции умеренный лейкоцитоз регистрировался у 5 (27,7%) детей, СОЭ в среднем составила 15,4 мм/час. При внеболь-

ничном инфицировании - у 7 (22,5%) детей и СОЭ - 9,8 мм/ч соответственно. Это может быть связано с тем, что внутрибольничное инфицирование РВИ наслаивается на основное заболевание.

Выводы.

1. Внутрибольничному инфицированию ротавирусной инфекцией наиболее подвержены дети в возрасте до 2-х лет, особенно с отягощенным анамнезом, а так же дети, находящиеся на искусственном вскармливании.

2. Для внутрибольничной ротавирусной инфекции характерно постепенное начало заболевания, редкое поражение слизистых оболочек верхних дыхательных путей, преобладание более тяжёлого течения заболевания за счет удлинения продолжительности диареи и рвоты и часто ее волнообразного течения.

3. На основании сопоставления характера, выраженности, последовательности развития отдельных симптомов заболевания, и их продолжительности, можно клинически предположить внутрибольничную РВИ, что должно учитываться практическими врачами при построении лечебной тактики и проведении противоэпидемиологических мероприятий, хотя для подтверждения окончательного диагноза необходимо проведение специфических лабораторных методов исследования.

4. Внутрибольничное распространение ротавирусной инфекции представляет серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему. Для решения вопроса профилактики внутрибольничного распространения ротавирусной инфекции назрела необходимость изучения возможности применения нового дезинфектанта.

Литература:

1. Бродов, Л. Е. Диагностика и лечение острых кишечных инфекций / Л. Е. Бродов, Н. Д. Юшук, В.В. Малеев // Эпидемиология и инфекц. болезни. - 1997. - № 4. - С. 4-6.
2. Baum, S. G. Adenovirus / S.G. Baum; eds. J. E. Bennet, R. Dolin, G. L. Mandell (ed.) // Principles and practice of infectious diseases. - N.Y., 2000. - P. 1624-1630.
3. Adenovirus types 40 and 41 and rotaviruses associated with diarrhea in children from Guatemala / J. R. Cruz [et al.] // J. Clin. Microbiol. - 1990. - Vol. 28. - P. 1780-1784.
4. Molecular epidemiology of Norwalk-like viruses in outbreaks of gastroenteritis in the United States / R. L. Frankliauser [et al.] // J. Infect. Dis. - 1998. - Vol. 178. - P. 1571-1578.
5. Human caliciviruses in acute gastroenteritis of young children in the community / X-L. Pang [et al.] // J. Infect. Dis. - 2000. - Vol. 181, N 2. - P. 288-294.
6. Педиатрия / А. А. Ключарёва [и др.]. - Прил. к CONSILIUM MEDICUM. - 2004. - Т. 06, N 2.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) MMWR Morb Mortal // Wkly Rep. - 2008. - Vol. 21, N 57 (46). - P. 1255-1257.
8. Parashar Umesh D. et al. Emerging infectious diseases. - 2003. - Vol. 4. - P. 561-570.